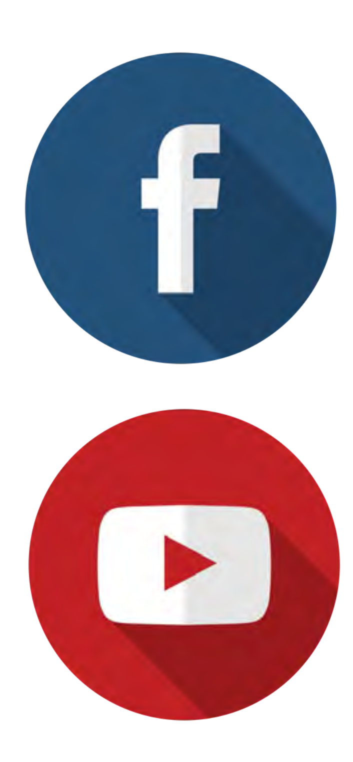
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Complications de l'appendicite aigue

Dr. CHALAL

Plan :

- I / Introduction et intérêt
- II / Appendicite aigue : Généralités
- III / Complications de l'appendicite aigue
- IV / Prise en charge des formes compliquées d'appendicite
- V / Conclusion
- VI / Cas clinique

I / INTRODUCTION ET INTERET :

- L'appendicite aigue est la plus fréquente des affections chirurgicales

I / INTRODUCTION ET INTERET :

- L'appendicite aigue est la plus fréquente des affections chirurgicales
- C'est l'inflammation de l'appendice iléo coecal

I / INTRODUCTION ET INTERET :

- L'appendicite aigue est la plus fréquente des affections chirurgicales
- C'est l'inflammation de l'appendice iléo coecal
- Elle nécessite une prise en charge chirurgicale urgente, afin d'éviter ses complications

I / INTRODUCTION ET INTERET :

- L'appendicite aigue est la plus fréquente des affections chirurgicales
- C'est l'inflammation de l'appendice iléo coecal
- Elle nécessite une prise en charge chirurgicale urgente, afin d'éviter ses complications
- Si les complications s'installent, il faut savoir les reconnaître et les prendre en charge

II / APPENDICITE AIGUE : GENERALITES

1. Physiopathologie :

- Milieu favorable à l'infection
  - Obstruction de la lumière
    - Lésions muqueuses

II / APPENDICITE AIGUE : GENERALITES

2. **Anatomopathologie :**

- **Appendicite catarrhale**
  - Atteinte localisée de la muqueuse avec lésions inflammatoire (infiltrat PNN)

II / APPENDICITE AIGUE : GENERALITES

2. **Anatomopathologie :**

- **Appendicite catarrhale**
  - Atteinte localisée de la muqueuse avec lésions inflammatoire (infiltrat PNN)
- **Appendicite ulcéreuse**
  - Perte de substance étendue avec inflammation qui atteint toute la paroi

II / APPENDICITE AIGUE : GENERALITES

2. **Anatomopathologie :**

- **Appendicite catarrhale**
  - Atteinte localisée de la muqueuse avec lésions inflammatoire (infiltrat PNN)
- **Appendicite ulcéreuse**
  - Perte de substance étendue avec inflammation qui atteint toute la paroi
- **Appendicite abcédée**
  - Paroi infiltrée de microabcès

II / APPENDICITE AIGUE : GENERALITES

2. **Anatomopathologie :**

- **Appendicite catarrhale**
  - Atteinte localisée de la muqueuse avec lésions inflammatoire (infiltrat PNN)
- **Appendicite ulcéreuse**
  - Perte de substance étendue avec inflammation qui atteint toute la paroi
- **Appendicite abcédée**
  - Paroi infiltrée de microabcès
- **Appendicite gangréneuse**
  - Nécrose extensive de la paroi d'origine ischémique

II / APPENDICITE AIGUE : GENERALITES

2. Anatomopathologie :

- **Appendicite catarrhale**
  - Atteinte localisée de la muqueuse avec lésions inflammatoire (infiltrat PNN)
- **Appendicite ulcéreuse**
  - Perte de substance étendue avec inflammation qui atteint toute la paroi
- **Appendicite abcédée**
  - Paroi infiltrée de microabcès
- **Appendicite gangréneuse**
  - Nécrose extensive de la paroi d'origine ischémique
- **Appendicite phlegmoneuse**
  - Nécrose suppurée



Appendicite catarrhale ou endoappendicite



Appendicite ulcéreuse et suppurée



Appendicite abcédée

II / APPENDICITE AIGUE : GENERALITES

3. **Diagnostic :**

- Absence de parallélisme anatomo clinique
- Signes fonctionnels + Signes cliniques + Biologie ;
- +/- Imagerie

SF

- Douleur, vomissements, troubles du transit

SC

- Fébricule, pouls, langue saburrale
- Mc Burney +++ Blumberg, Rovsing, TR

Biologie

- Hyperleucocytose > 10 000 à PNN (75%)



- Consolider une suspicion clinique
- Eliminer un diagnostic différentiel
- Rechercher une complication +++
- ASP / Echo / TDM / Coelio

III / COMPLICATIONS DE L'APPENDICITE AIGUE :

1. Le plastron appendiculaire
2. L'abcès appendiculaire
3. Péritonite appendiculaire

Appendicite aigue

Péritonite généralisée

Abcès appendiculaire

Plastron appendiculaire

Fistulisation

Résorption

1. Le plastron appendiculaire :

- C’est une inflammation diffuse de la région péri appendiculaire qui aboutit à une masse inflammatoire limitant le risque de péritonite

1. Le plastron appendiculaire :

- C'est une inflammation diffuse de la région péri appendiculaire qui aboutit à une masse inflammatoire limitant le risque de péritonite
- Il complique 2 à 6 % des appendicites aigues

1. Le plastron appendiculaire :

- C'est une inflammation diffuse de la région péri appendiculaire qui aboutit à une masse inflammatoire limitant le risque de péritonite
- Il complique 2 à 6 % des appendicites aigues
- Forme évolutive particulière d'une appendicite aigue négligée ou mal traitée, mais qui peut aussi survenir d'emblée



Physiopathologie :

- Après quelques jours d'une crise d'appendicite aigue, la réaction péritonéale entraine une agglutination autours de l'appendice des éléments anatomiques loco-régionaux (épiploon, caecum, dernières anses iléales, péritoine pariétal) de manière à circonscrire le foyer infectieux.

Physiopathologie :

- Après quelques jours d'une crise d'appendicite aigue, la réaction péritonéale entraine une agglutination autours de l'appendice des éléments anatomiques loco-régionaux (épiploon, caecum, dernières anses iléales, péritoine pariétal) de manière à circonscrire le foyer infectieux.
- L'évolution peut se faire vers :

- La guérison de l'inflammation et la résorption des tissus nécrosés
- L'abcédation qui peut diffuser vers la cavité péritonéale

- Ce mode évolutif est favorisé par une antibiothérapie intempestive, qui décapite le tableau clinique de l'appendicite, sans la guérir

- RECHERCHER UNE ANTIBIOTHERAPIE EN COURS LORS D'UN SYNDROME DOULOUREUX DE LA FIDte +++

Clinique :

- Douleur de la FID à début progressif, parfois péri ombilical ou épigastrique, associée à des troubles digestifs

Clinique :

- Douleur de la FID à début progressif, parfois péri ombilical ou épigastrique, associée à des troubles digestifs
- Fièvre > 38,5 °c

Clinique :

- Douleur de la FID à début progressif, parfois péri ombilical ou épigastrique, associée à des troubles digestifs
- Fièvre > 38,5 °c
- La palpation de la FIDte : Masse douloureuse, mal limitée, mate à la percussion, fixée au plan profond, semple blinder la paroi

Clinique :

- Douleur de la FID à début progressif, parfois péri ombilical ou épigastrique, associée à des troubles digestifs
- Fièvre > 38,5 °c
- La palpation de la FIDte : Masse douloureuse, mal limitée, mate à la percussion, fixée au plan profond, semple blinder la paroi
- Une défense pariétale peut empêcher la palpation

Clinique :

- Douleur de la FID à début progressif, parfois péri ombilical ou épigastrique, associée à des troubles digestifs
- Fièvre > 38,5 °c
- La palpation de la FIDte : Masse douloureuse, mal limitée, mate à la percussion, fixée au plan profond, semple blinder la paroi
- Une défense pariétale peut empêcher la palpation
- Touchers pelviens : Douleur à droite

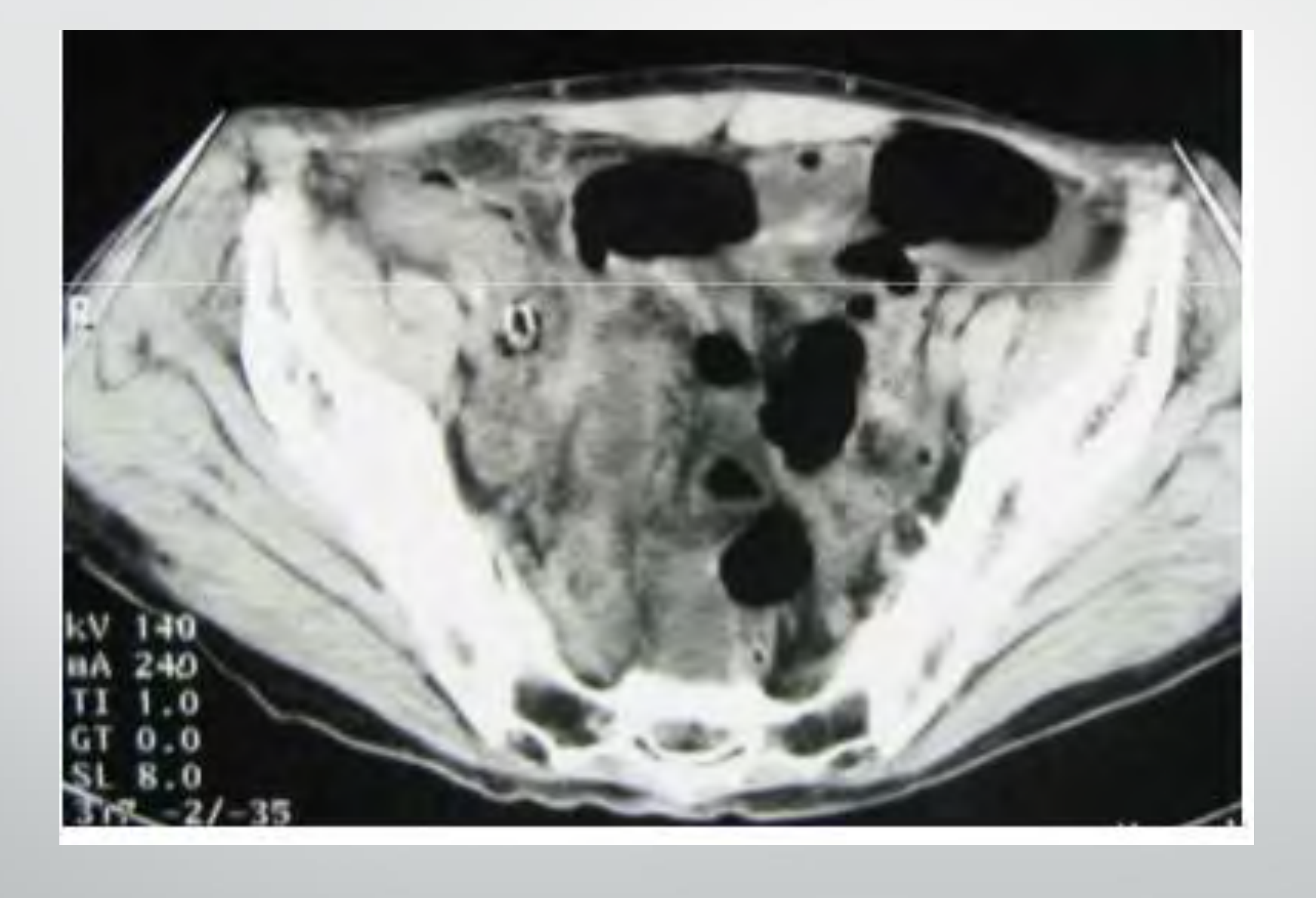
Examens complémentaires :

- FNS : Hyperleucocytose > 12 000
- Echographie abdominale :

Masse irrégulière avec pseudo cloisons échogènes ;

Hétérogène à contours épais à composition solide et gazeuse ;

Immobilisation des anses


R
kV 140
mA 240
TI 1.0
GT 0.0
SL 8.0

2. L'abcès appendiculaire :

- Cloisonnement des organes de voisinage et formation d'un abcès

2. L'abcès appendiculaire :

- Cloisonnement des organes de voisinage et formation d'un abcès
- Comme pour le plastron c'est l'évolution d'une appendicite négligée, ou favorisée par une antibiothérapie

2. L'abcès appendiculaire :

- Cloisonnement des organes de voisinage et formation d'un abcès
- Comme pour le plastron c'est l'évolution d'une appendicite négligée, ou favorisée par une antibiothérapie
- Complique une appendicite suppurée, ou un plastron appendiculaire

2. L'abcès appendiculaire :

- Cloisonnement des organes de voisinage et formation d'un abcès
- Comme pour le plastron c'est l'évolution d'une appendicite négligée, ou favorisée par une antibiothérapie
- Complique une appendicite suppurée, ou un plastron appendiculaire
- Il peut être inaugural

2. L'abcès appendiculaire :

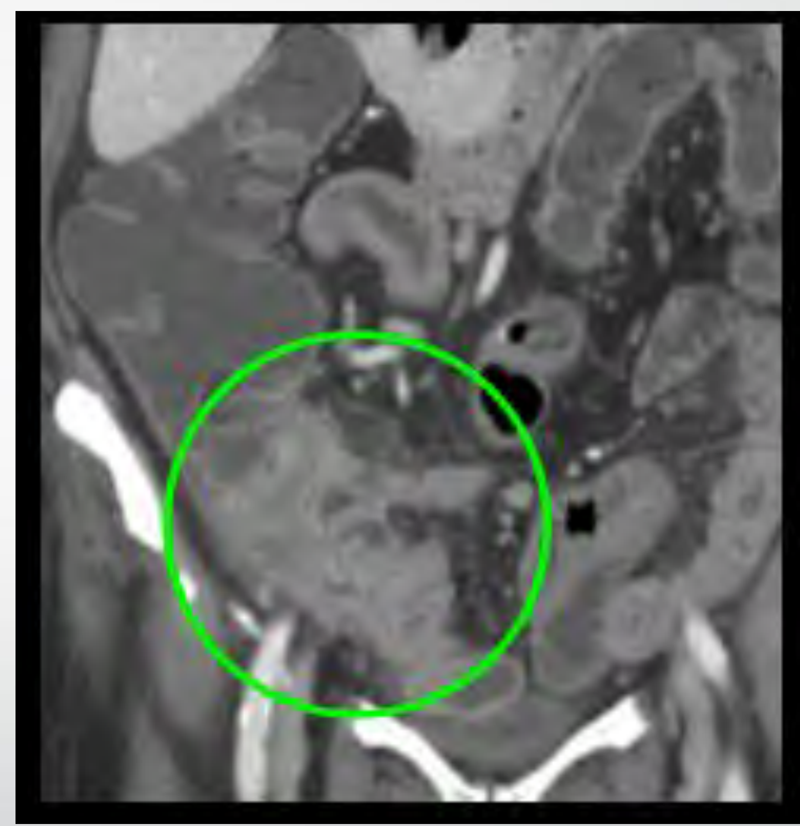
- Cloisonnement des organes de voisinage et formation d'un abcès
- Comme pour le plastron c'est l'évolution d'une appendicite négligée, ou favorisée par une antibiothérapie
- Complique une appendicite suppurée, ou un plastron appendiculaire
- Il peut être inaugural
- C'est une péritonite localisée

Clinique :

- Douleur de la FIDte, pulsatile
- fièvre > 39 °c, en plateau, sans frissons
- Faciès toxique
- Un iléus réflexe est associé
- À la palpation, douleur étendue au flanc et à la région ombilicale, on peut percevoir une masse

Examens complémentaires :

- L'hyperleucocytose est > 15 000
- L'ASP montre un NHA au niveau de la FIDte
- L'échographie ou la TDM mettent en évidence une collection liquidienne entourée d'une coque et une réaction inflammatoire des mésos



3. La péritonite généralisée :

Elle peut survenir :

- d'emblée (**péritonite en un temps**, inaugurale),

3. La péritonite généralisée :

Elle peut survenir :

- d'emblée (**péritonite en un temps**, inaugurale),
- ou par rupture d'un abcès (**péritonite en deux temps**)

3. La péritonite généralisée :

Elle peut survenir :

- d'emblée (**péritonite en un temps**, inaugurale),
- ou par rupture d'un abcès (**péritonite en deux temps**)
- ou par rupture d'un abcès compliquant un plastron (**péritonite en trois temps**).

- Douleur, qui débute en FIDte, augmente progressivement d'intensité à mesure qu'elle s'étend à l'ensemble de l'abdomen.
- Fièvre > 38,5 °C.
- Signes généraux plus ou moins marqués (tachycardie, polypnée…)
- L'examen physique trouve des signes péritonéaux :
  - contracture, défense généralisée ;
  - douleur intense au TR
- Il existe souvent une hyperleucocytose marquée
- ASP : pas de pneumopéritoine

- Sd péritonéal + signes infectieux + pas de pneumopéritoine = **Tableau typique**
- aucun autre examen d'imagerie n'est nécessaire
- le traitement chirurgical en urgence s'impose :

(toilette péritonéale + appendicectomie), après une courte réanimation et mise en route de l'antibiothérapie.

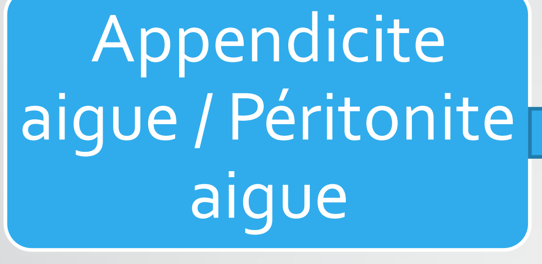
IV / PRISE EN CHARGE

- Le plastron appendiculaire :

  - Surveillance de la masse, de la température, et de la FNS
  - Refroidir le plastron dans un premier temps puis appendicectomie
  - Antibiothérapie large spectre IV puis relais oral
  - Vessie de glace
  - Garder le patient à jeun pendant quelques jours
  - Repos
  - Appendicectomie après 2 à 6 mois

- L’abcès appendiculaire :
  - Drainage en urgence (selon la taille par chirurgie ou per cutané)
  - Antibiothérapie
  - Appendicectomie à distance

- La péritonite :
  - Mesures de réanimation
  - Voie d’abord médiane large
  - Appendicectomie
  - Toilette péritonéale complète
  - Drainage
  - Antibiothérapie jusqu’à 48h après obtention de l’apyrexie



→ Chirurgie en urgence

Abcès appendiculaire → Drainage → Chirurgie à froid

Plastron appendiculaire → Antibiotique → Chirurgie à froid

V / CONCLUSION :

- L’appendicite est de diagnostic facile, et sa prise en charge est simple
- Ses complications sont redoutables
- Savoir les reconnaître car leur prise en charge est différente

IV / Cas clinique

Une jeune femme de 23 ans consulte aux urgences de chirurgie pour douleurs abdominales évoluant depuis 3 jours. Elle signale un syndrome grippal ainsi qu'une angine il y a 5 jours.
À l'examen, la patiente est en bon état général, température à 37,3°c.
L'abdomen est distendu et sensible à la palpation, il n'y a pas de défense.
Un ASP est demandé et objective une aérocolie importante.
La patiente a été mise sous traitement antalgique

Trois jours plus tard, la patiente revient aux urgences :
Faciès toxique, température 38,9 °c
Douleurs abdominales diffuses plus importantes au niveau de la FIDte
Abdomen distendu
La palpation retrouve une masse au niveau de la FIDte mal limitée, fixe, mate à la percussion, et l'appui provoque une défense.

- Quel est votre diagnostic ?
- Quels éléments ont été négligés lors de la première consultation ?
- Quelle est votre conduite thérapeutique ?

MERCI POUR VOTRE ATTENTION